

# L'OPÉRATION DU TRICHIASIS

PAR

## VOIE CONJONCTIVALE

---

### THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine  
de Montpellier

le 22 juin 1948

par

**ROBERT PINEAU**

né le 22 septembre 1922 à Montpellier

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

---

|                           |   |                                           |   |                   |
|---------------------------|---|-------------------------------------------|---|-------------------|
| Examineurs<br>de la Thèse | { | MM. DEJEAN, Professeur, <i>Président.</i> | { | <i>Assesseurs</i> |
|                           |   | ROUX, Professeur.                         |   |                   |
|                           |   | LAPEYRIE, agrégé.                         |   |                   |
|                           |   | COURTY, ch. d'agr.                        |   |                   |

---

MONTPELLIER  
IMPRIMERIE DE LA CHARITÉ  
(Pierre-Rouge)

1948



**PINEAU (Robert)**

L'opération du trichiasis par voie conjonctivale. — *Montpellier, Impr. de la Charité*, 1948, 52 p.

(Thèse Méd., Montpellier, 1948, n° 44)

**PINEAU (Robert)**

L'opération du trichiasis par voie conjonctivale. — *Montpellier, Impr. de la Charité*, 1948, 52 p.

(Thèse Méd., Montpellier, 1948, n° 44)

**PINEAU (Robert)**

L'opération du trichiasis par voie conjonctivale. — *Montpellier, Impr. de la Charité*, 1948, 52 p.

(Thèse Méd., Montpellier, 1948, n° 44)

**PINEAU (Robert)**

L'opération du trichiasis par voie conjonctivale. — *Montpellier, Impr. de la Charité*, 1948, 52 p.

(Thèse Méd., Montpellier, 1948, n° 44)



# L'OPÉRATION DU TRICHIASIS

PAR

## VOIE CONJONCTIVALE

### THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine  
de Montpellier

le 22 juin 1948

par

**ROBERT PINEAU**

né le 22 septembre 1922 à Montpellier

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

|                           |   |                                           |   |                   |
|---------------------------|---|-------------------------------------------|---|-------------------|
| Examineurs<br>de la Thèse | { | MM. DEJEAN, Professeur, <i>Président.</i> | { | <i>Assesseurs</i> |
|                           |   | ROUX, Professeur.                         |   |                   |
|                           |   | LAPEYRIE, agrégé.                         |   |                   |
|                           |   | COURTY, ch. d'agr.                        |   |                   |

MONTPELLIER  
IMPRIMERIE DE LA CHARITÉ  
(Pierre-Rouge)  
1948

# PERSONNEL DE LA FACULTE

## PROFESSEURS

### Chaires :

|                                                                |                             |
|----------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| Anatomie .....                                                 | MM. J. DELMAS.              |
| Histologie .....                                               | TURCHINI, <i>assesseur.</i> |
| Physiologie .....                                              | HÉDON.                      |
| Chimie biologique médicale et toxicologie .....                | CRISTOL.                    |
| Physique médicale .....                                        | PECH.                       |
| Anatomie pathologique et médecine expérimentale .....          | BAUMEL.                     |
| Microbiologie .....                                            | CARRÈRE.                    |
| Histoire naturelle médicale et parasitologie .....             | HARANT.                     |
| Pathologie et thérapeutique générales .....                    | PAGES.                      |
| Thérapeutique et matière médicale .....                        | JANBON.                     |
| Hydrologie thérapeutique et climatologie .....                 | BERT.                       |
| Hygiène .....                                                  | CARRIEU.                    |
| Médecine légale et médecine sociale .....                      | VIDAL.                      |
| Technique opératoire et chirurgie expérimentale .....          | ROUX.                       |
| Pathologie et clinique propédeutique médicales .....           | PUECH.                      |
| Pathologie et clinique propédeutique chirurgicales ..          | MOURGUE-MOLINES.            |
| Clinique médicale .....                                        | GIRAUD <i>doyen.</i>        |
| — — — — —                                                      | BOULET.                     |
| Clinique chirurgicale .....                                    | MASSABUAU.                  |
| — — — — —                                                      | LAPEYRE.                    |
| Clinique obstétricale .....                                    | CADERAS de KERLEAU.         |
| Clinique des maladies mentales et nerveuses .....              | EUZIÈRE, <i>doyen hon.</i>  |
| Clinique des malad. des enf. et hygiène du 1 <sup>er</sup> âge | CHAPTAL.                    |
| Clinique de dermato-syphiligraphie .....                       | MARGAROT.                   |
| Clinique chirurgicale infantile et orthopédie .....            | ETIENNE.                    |
| Clinique des maladies des voies urinaires .....                | TRUC.                       |
| Clinique gynécologique .....                                   | AIMES                       |
| Clinique ophtalmologique .....                                 | DEJEAN.                     |
| Clinique d'oto-rhino-lar. et chir. maxillo-faciale .....       | TERRACOL.                   |
| Électro-Radiologie .....                                       | LAMARQUE.                   |

### Chargés de cours :

|                              |             |
|------------------------------|-------------|
| Anatomie .....               | LAUX.       |
| Histologie .....             | GRANEL.     |
| Propédeutique médicale ..... | P. RIMBAUD. |

### Professeurs honoraires

MM. BERTIN-SANS, CABANNES, GALAVIELLE,  
VIRES, VILLARD, GRYNFELT, RICHE, JEANBRAU, L. RIMBAUD, BOUDET.

### CHARGÉS D'ENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

|                       | MM.                         |                         | MM.                        |
|-----------------------|-----------------------------|-------------------------|----------------------------|
| Chimie .....          | BÉNÉZECH, <i>ch. f. ag.</i> | Neuro-chirurgie .....   | GROS, <i>agr.</i>          |
| Physiologie .....     | LOUBATIÈRES, <i>agr.</i>    | Clin. des m. contag...  | JANBON, <i>professeur</i>  |
| Analogie pathol. ...  | CAZAL, <i>agr.</i>          | Clin. de la tuberc. ... | VIDAL, <i>professeur.</i>  |
| Pharmacologie .....   | HARANT, <i>profess</i>      | Cl. gastro-entér. ...   | BAUMEL, <i>prof.</i>       |
| Pharmacol. et thér.   | SERRE, <i>agrégé.</i>       | Pathologie chirur. ..   | TRUC, <i>professeur.</i>   |
| Médecine expérim. .   | N...                        | — — — — —               | LAPEYRIE, <i>agrégé.</i>   |
| Pathologie médicale.  | BOUCOMONT, <i>agrégé.</i>   | — — — — —               | JOYEUX, <i>agrégé.</i>     |
| — — — — —             | BERT, <i>profes.</i>        | — — — — —               | NÈGRE, <i>agr.</i>         |
| — — — — —             | SERRE, <i>agrégé.</i>       | Chirurgie expérim. ..   | COURTY, <i>ch. f. agr.</i> |
| Path. neurologique .. | LAFON, <i>agrégé.</i>       | Obstétrique.....        | COLL de CARRERA,           |
| — respiratoire ..     | BALMÈS, <i>agrégé.</i>      | — — — — —               | <i>agrégé libre.</i>       |
| Propédeutique méd.    | P. RIMBAUD, <i>prof.</i>    | Stomatologie .....      | HOUPERT, <i>agr.</i>       |

### AGRÉGÉS EN EXERCICE

|                      | MM.                  |                       | MM.                        |
|----------------------|----------------------|-----------------------|----------------------------|
| Médecine ..          | BOUCOMONT.           | Chimie ..             | BÉNÉZECH, <i>ch. fonc.</i> |
| — ..                 | SERRE.               | Chirurgie ..          | LAPEYRIE.                  |
| — ..                 | BALMÈS.              | — ..                  | JOYEUX.                    |
| — ..                 | CAZAL.               | — ..                  | NÈGRE.                     |
| — ..                 | PASSOUANT,           | — ..                  | COURTY, <i>ch. d'agr.</i>  |
|                      | <i>chargé d'agr.</i> |                       |                            |
| Neuro-psychiatrie .. | LAFON.               | Neuro-chirurgie ..... | GROS.                      |
| Physiologie .....    | LOUBATIÈRES          | Odonto-Stomatol ...   | HOUPERT.                   |



A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA FEMME

A MES PARENTS ET AMIS

**A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE**

**MONSIEUR LE PROFESSEUR CH. DEJEAN**

Officier de la Légion d'honneur  
Professeur de Clinique Ophthalmologique  
à la Faculté de Médecine de Montpellier

**A NOTRE JURY DE THÈSE**

**A NOS MAÎTRES DE LA FACULTÉ ET DES HÔPITAUX  
DE MONTPELLIER**

## INTRODUCTION

Le trichiasis est certainement l'une des affections oculaires qui ont suscité le plus grand nombre de procédés chirurgicaux correcteurs.

Dès l'Antiquité, les premiers médecins ont tenté de corriger cette déviation des cils, cause de phénomènes douloureux très pénibles et mettant souvent la vision elle-même en péril.

Le trichiasis est en effet une affection très répandue dans tous les pays du bassin méditerranéen et de l'Est de l'Europe où sévit le trachome, dont il est une complication fréquente lorsque ce dernier est arrivé à sa phase cicatricielle. C'est la sclérose rétractile de la conjonctive tarsienne, lieu d'élection des granulations trachomateuses, qui amène une rétraction du tarse sur lui-même, aboutissant à son incurvation en « tuile de toit ». La déformation du tarse a pour effet de porter en arrière le bord ciliaire et les cils viennent au contact de la cornée. Cet état est encore aggravé parce qu'au trichiasis s'ajoute parfois un distichiasis cicatriciel ; l'inflammation chronique de la conjonctive amène un bouleversement de l'implantation des bulbes pileux ciliaires. Le bord palpébral, déjà en entropion par suite de l'incurvation du tarse, frotte comme une brosse sur la cornée. L'irritation continuelle qui en résulte est

des plus douloureuses et menace l'intégrité de l'épithélium cornéen, d'autant plus que souvent la vitalité cornéenne est diminuée par un pannus trachomateux.

La surface cornéenne s'érode et devient le siège d'ulcérations torpides qui dans les plus favorables des cas cicatrisent en laissant des leucomes réduisant grandement l'acuité visuelle.

Le trichiasis peut, selon l'importance de la rétraction cicatricielle, s'étendre à tout le bord palpébral ou se limiter à une portion seulement — la partie externe le plus souvent —, mais il peut siéger uniquement à la partie moyenne ou même n'intéresser que quelques cils.

La paupière supérieure est la plus fréquemment atteinte mais on peut cependant dans les pays d'endémie trachomateuse voir de vieux malades porteurs d'un trichiasis de la paupière inférieure avec petits cils atrophiques, blonds, pointant vers la cornée.

Si le trachome est la principale cause du trichiasis, il n'en est cependant pas la seule. Toutes les inflammations prolongées du bord ciliaire et de la conjonctive peuvent provoquer à la longue la rétraction cicatricielle du tarse et un trouble de l'implantation des cils. C'est le cas des conjonctivites chroniques très anciennes et surtout des blépharites ciliaires chroniques.

Il faut enfin distinguer le districhiasis congénital, simple malformation du bord palpébral sans lésions du tarse et qui ne relève pas des mêmes procédés thérapeutiques.

---

## CHAPITRE PREMIER

### HISTORIQUE

La simple ablation des cils déviés est un procédé facile, mais illusoire : les cils repoussent, petits et durs, encore plus offensants pour la cornée. Aussi dès l'antiquité, AETIUS et PAUL D'ÉGINE proposent de corriger le trichiasis par une incision marginale séparant le sol ciliaire du tarse sous-jacent. Le résultat n'est que transitoire et la récurrence est la règle.

Les Arabes utilisent encore l'antique procédé du « Kassab », pincement d'un pli de peau palpébrale entre deux roseaux, de façon à provoquer une nécrose cutanée et une rétraction cicatricielle consécutive qui agira en sens inverse de la rétraction conjonctivale. C'est un procédé mutilant et peu efficace.

C'est avec l'opération d'ARLT-JÆSCHE, en 1845, que commence la période moderne du traitement chirurgical du trichiasis. Il s'agit d'une simple transplantation du sol ciliaire laissant au bord de la paupière une surface cruentée qui cicatrisera plus ou moins régulièrement par seconde intention. Les

progrès de l'asepsie permettront de substituer à ce procédé les opérations autoplastiques : marginoplasties à lambeau cutané et marginoplasties avec greffes de muqueuse buccale.

Ces opérations, qui s'avèrent très utiles dans les cas de trichiasis partiel, sont délicates, longues et de plus insuffisantes si la déformation tarsienne est importante. En effet, elles ne s'attaquent pas à une des causes principales de la maladie : l'incurvation cicatricielle du tarse, vrai squelette de la paupière. Toutefois si le trichiasis ne s'étend qu'à une partie de la paupière, ou si le tarse n'est pas déformé, la tarso-marginoplastie reste le procédé de choix. Cette opération d'ailleurs a été spécialement étudiée et mise au point par l'Ecole de Montpellier. Les Professeurs TRUC et VILLARD ont mis au point diverses techniques à lambeau pédiculé ou en « anse de panier », qui restent d'excellents procédés correcteurs dans les circonstances précitées.

LAGLEYZE essaye par une section simple suivie de suture de redresser le tarse. L'opération de SNELLEN, par un évidement en gouttière de la face antérieure du tarse, vise au même résultat. Mais ce n'est qu'avec l'opération de PANAS-ANAGNOSTAKIS que sera vraiment mise au point une technique de redressement chirurgical simple permettant, par un pivotement du bord ciliaire, d'obtenir la correction du trichiasis. Cette opération devenue classique n'est cependant pas parfaite.

Nombreux sont en effet les opérateurs qui ont préféré à cette technique — en raison surtout de son mauvais résultat esthétique — des opérations plus complexes : tarsectomie par voie cutanée de HOTZ-ANAGNOSTAKIS, de TRANTAS, et variantes de CUÉNOD et NATAF et MAC CALLAN. NIZETIC a même proposé de faire une rotation de 180° du tarse, après dissection de ses deux faces.

La conjonctive palpébrale est redressée et reportée en avant de façon inégale suivant le degré de serrage des fils. La muqueuse fait ensuite sur divers points une saillie irrégulière. La face cutanée sera enfin marquée d'une cicatrice qui sera d'autant plus disgracieuse que la contention en bonne position du

bord ciliaire nécessite l'emploi de points en U verticaux emprisonnant une large bande de peau, sur laquelle les fils creusent d'ineffaçables sillons.

Devant ces graves inconvénients, divers ophtalmologistes ont essayé de substituer la voie conjonctivale à la voie cutanée.

KUHNT en 1897 et STRAUB en 1907 avaient déjà décrit des techniques d'opérations du trichiasis par voie conjonctivale (tarsectomie par voie conjonctivale) qui sont ensuite complétées par adjonction d'une greffe de muqueuse buccale (tarsectomie par voie conjonctivale avec greffe).

Ce sont des opérations complexes, dont les suites sont souvent défavorables surtout chez les indigènes Nord-Africains. Aussi TRABUT et plus récemment SCHOUSBOE et DUGUET ont préconisé une technique beaucoup plus simple, assez rapprochée de celle proposée par notre Maître le Professeur DEJEAN.

Avant que de décrire ces divers procédés opératoires, nous étudierons, après un rappel des plus succincts de la structure anatomique normale de la paupière et des déformations qui causent le trichiasis, les techniques de l'opération classique de PANAS, ainsi que celles des diverses opérations de trichiasis par voie conjonctivale.

Nous envisagerons ensuite les inconvénients de ces opérations classiques.

---



## CHAPITRE II

### LES MODIFICATIONS DE LA STRUCTURE ANATOMIQUE DE LA PAUPIÈRE ET DU BORD CILIAIRE AU COURS DU TRICHIASIS

Les paupières sont constituées par un plan fibro-élastique qui rappelle le cartilage par sa densité et sa consistance. Il comprend les tarses se prolongeant vers le pourtour de l'orbite par une sorte de membrane souple et mince : le septum orbitaire. Le tarse est séparé en avant du plan musculaire par un plan de clivage formé par le tissu celluleux lâche rétro-musculaire.

A la paupière inférieure, ce tissu forme un seul espace : l'espace préseptal en bas, se continuant sans transition avec l'espace prétarsal en haut. Au contraire à la paupière supérieure, l'insertion des fibres du releveur sépare nettement l'espace prétarsal de l'espace préseptal. L'espace prétarsal très mince est limité en avant par les fibres du releveur et de l'orbiculaire, en arrière par le tarse et en haut le muscle lisse palpébral de Müller. Cet espace s'arrête en bas au tiers inférieur du tarse, au niveau de l'insertion des fibres tendineuses du releveur.

En avant, se trouve la couche des fibres musculaires : releveur et orbiculaire des paupières, puis une couche de tissu celluleux sous-cutané très lâche et enfin la peau, mince, sans pannicule adipeux et glabre.

En arrière, le tarse est recouvert par la conjonctive palpébrale qui lui adhère intimement.

*Le bord palpébral* comprend une lèvre antérieure cutanée d'où émergent les cils et une lèvre postérieure muqueuse au contact direct du globe.

Immédiatement en avant de la lèvre postérieure, s'ouvrent les orifices des canaux excréteurs des glandes de Meibomius, disposés sur une seule ligne. Le bord palpébral comprend une portion ciliaire externe et une portion lacrymale interne. Il est caractérisé par la présence le long de sa lèvre antérieure de cils disposés sur 3 ou 4 rangs parallèles et décrivant une courbe qui porte leur extrémité en avant. Le bord ciliaire s'arrête en dehors à 1 ou 2 millimètres du canthus externe et en dedans atteint le point lacrymal.

On note parfois la présence d'une rangée de cils surnuméraires le long de la ligne des orifices meibomiens : c'est une malformation congénitale décrite sous le nom de *distichiasis congenita vera*.

Le trachome va bouleverser totalement la structure anatomique de la paupière et provoquer des déformations qui intéresseront à la fois le tarse et le bord ciliaire. Le trichiasis est la résultante de ces déformations.

La cicatrisation des follicules conjonctivaux amène en effet la formation de cicatrices blanches, rétractiles, qui forment à la surface de la conjonctive tarsienne et vers le milieu de sa hauteur une zone de plicature horizontale d'où divergent de fins tractus étoilés.

D'autre part, le tarse subit une déformation hypertrophique : son épaisseur qui normalement est de 0,8 mm. passe à 2 et même à 4 mm. A ce moment, le tarse, devenu trop haut pour la conjonctive rétractée, tend à s'enrouler autour d'un axe horizontal et s'incurve « en tuile de toit » à convexité anté-

rière. La ligne de Arlt correspond sur la face conjonctivale au sommet de cette plicature.

Le bord palpébral lui aussi subit des modifications. La rétraction cicatricielle perturbe l'implantation des bulbes pileux et l'orientation des cils est modifiée. Les cils poussent, isolés ou en touffes, pointant vers la cornée. L'entropion résultant de l'incurvation du tarse et le distichiasis acquis vont avoir pour résultat le trichiasis.

Les paupières sont vascularisées par les artères palpébrales supérieures et inférieures qui arrivent dans la paupière par son extrémité interne et gagnent le canthus externe où elles s'anastomosent. Ces artères cheminent dans la paupière près de son bord libre dans la couche de tissu cellulaire qui est comprise entre les muscles et le plan fibro-élastique.

Cette disposition anatomique nous explique combien l'action des sutures verticales sera défavorable pour la nutrition du bord palpébral lorsque celles-ci prendront en masse la portion ciliaire de la paupière. Le vaisseau principal — à disposition longitudinale — est comprimé et la partie moyenne du bord palpébral, n'étant plus irriguée, se nécrose.

---



## CHAPITRE III

### L'OPÉRATION CLASSIQUE DU TRICHIASIS

#### L'OPÉRATION DE PANAS-ANAGNOSTAKIS

Le but de l'opération du trichiasis est d'obtenir le redressement de la déformation du tarse et la reconstitution d'un bord palpébral normal avec son bord antérieur ciliaire et son bord postérieur tarso-conjonctival, séparés l'un de l'autre par un espace intermarginal.

Avant d'entreprendre l'étude rapide des diverses opérations qui furent proposées pour traiter le trichiasis en empruntant la voie conjonctivale, nous rappellerons brièvement la technique de l'opération de Panas, qui fut pendant très longtemps le type de l'opération du trichiasis.

**Technique :** Après mise en place d'une plaque à paupière introduite sous la paupière, on incise celle-ci au bistouri jusqu'au plan du tarse, suivant une ligne parallèle au bord ciliaire et à 3 millimètres au-dessus de celui-ci. On découvre ainsi le tarse et l'on dissèque sa face antérieure grâce au plan de clivage

qui le sépare en avant des parties molles sus-jacentes. Cette dissection sera poursuivie en bas jusqu'à la racine des cils et en haut jusqu'au bord supérieur du tarse. Ensuite le tarse est sectionné au niveau de l'incision cutanée (3 millimètres au-dessus de la ligne des cils) dans toute son épaisseur, la section intéressant également la conjonctive.

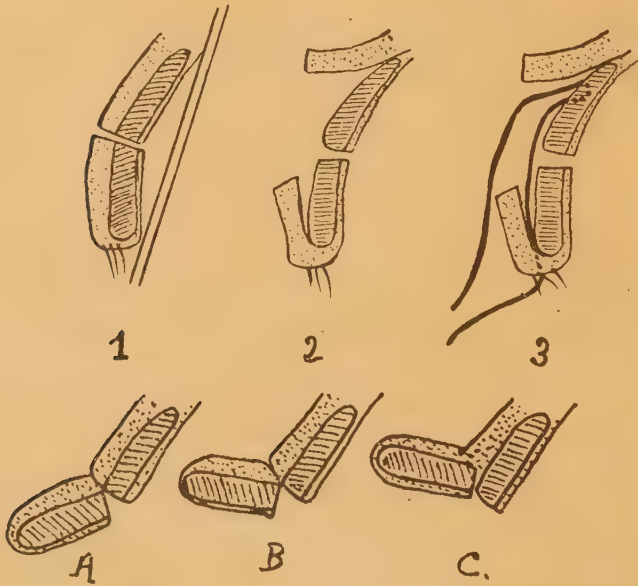


FIG. 1. — L'opération de Panas.

1. Section de la paupière dans toute son épaisseur sur la plaque à paupière.
2. Dissection de la face antérieure du tarse.
3. Bascule du tarse de 90° après serrage des fils de suture.

En A, B et C : différentes positions prises par le lambeau ciliaire du tarse selon le degré de serrage des fils.

On dispose alors les sutures qui vont faire basculer le bord ciliaire en avant et le maintenir dans cette position (fig. 1).

Cinq fils sont passés et fixés en haut dans le ligament suspenseur et le bord supérieur du tarse ; ils viennent sortir en bas au bord libre, derrière la rangée des cils.

Le serrage des sutures suffit à provoquer la bascule de la portion inférieure du tarse. Les fils sont fixés par du collodion au-dessus du sourcil, leurs chefs étant modérément tendus. La lèvre supérieure de l'incision cutanée n'est pas prise dans la suture : elle s'affronte d'elle-même.

---



## CHAPITRE IV

### LES DIVERSES TECHNIQUES CLASSIQUES POUR L'OPÉRATION DU TRICHIASIS PAR VOIE CONJONCTIVALE

*L'opération de Lagleyze* est une des plus anciennes. En voici la technique très sommairement exposée :

Après retournement de la paupière, six aiguilles courbes, enfilées sur trois anses de fil, sont introduites dans la conjonctive au bord supérieur du tarse et cheminent entre le tarse et la peau pour venir sortir dans la ligne des cils. Sur ces aiguilles, laissées en place, une incision est alors menée parallèlement au bord ciliaire et tout près de lui, coupant ainsi conjonctive et tarse, sans crainte de léser la peau protégée par les aiguilles.

Après retrait des aiguilles, les trois anses de fil sont serrées sur le bord libre de façon à provoquer un ectropion suffisant.

Cette intervention laisse des anses de fil à nu sur la conjonctive palpébrale, au contact de la cornée. De plus, elle ne

peut assurer qu'une bascule aléatoire du tarse car les sutures ne prennent aucun point d'appui sur le tissu résistant du tarse et tirent uniquement sur les parties molles.

*La Tarsectomie par voie conjonctivale* dérive de l'opération de KUHN. Elle comporte une incision et une dissection de la conjonctive tarsienne après retournement de la paupière sur une plaque métallique et fixation par deux crochets à chalazion enfoncés près du bord libre.

L'incision de la muqueuse se mène parallèlement au bord libre et à 2 millimètres de lui. La conjonctive est ensuite disséquée au bistouri jusqu'à l'extrémité supérieure du tarse et excisée. La dissection se fait en réalité dans les couches superficielles du tarse, en raison de l'absence de plan de clivage.

Le bistouri repasse dans l'incision initiale, coupant le tarse dans toute son épaisseur. La tranche de section est saisie avec une pince et le tarse est retourné facilement grâce à l'espace cellulaire lâche préseptal. Sa face antérieure est alors disséquée et il est excisé. Il en résulte une vaste perte de substance qui est comblée par un large greffon de muqueuse buccale prélevé à la lèvre inférieure. Ce greffon, que l'on doit avoir soin de dégraisser très soigneusement, est suturé à l'aide de fils très fins, bien exactement, aux lèvres de la plaie. Souvent, l'opération sera complétée par l'excision d'une bande de peau de 5 à 10 millimètres de haut à la face antérieure de la paupière.

Il s'agit là, nous le voyons, d'une intervention compliquée et dont les suites comportent tous les aléas des greffes auto-plastiques ; ici, ces risques seront d'autant plus grands que l'on opère dans un tissu de cicatrice, scléreux, dystrophique et chroniquement infecté. Cette opération devra être réservée aux cas de trichiasis avec grosse déformation et destruction étendue de la paupière.

Telles sont, très brièvement rappelées, les techniques classiques. Elles ne sont pas exemptes d'inconvénients et le patient est souvent exposé à une correction insuffisante ou parfois excessive, à des récidives, ainsi qu'à un résultat esthétique souvent déplorable.

Nous allons maintenant envisager les principaux reproches que l'on adresse aux diverses techniques proposées pour l'opération du trichiasis tant par voie cutanée que par voie conjonctivale.

---



## CHAPITRE V

### LES INCONVÉNIENTS DES OPÉRATIONS CLASSIQUES DU TRICHIASIS

Ils sont multiples et peuvent se classer en trois groupes :

- insuffisance de la correction du trichiasis et récédive,
- insuffisance de nutrition du lambeau ciliaire, avec nécrose secondaire,
- insuffisance du résultat esthétique.

Quelles sont les causes de ces échecs ?

Pour SCHOUSBOE et DUGUET, elles tiennent :

1<sup>o</sup> **Dans la mauvaise résection du tarse.** C'est là le cas du procédé de PANAS-ANAGNOSTAKIS où la tarsotomie est trop haut située pour qu'il soit possible d'éviter, si l'on veut faire une bascule suffisante du lambeau ciliaire, un raccourcissement du tarse et un ectropion « en auvent » très disgracieux.

2<sup>o</sup> **Dans la tendance rétractile de la conjonctive trachomateuse,**

tendance qui va s'exercer sur un tarse devenu trop large pour une muqueuse trop courte. Tous les procédés qui ne tiennent pas suffisamment compte de ce fait (résection cunéiforme de STREAFIELD, opération de SNELLEN, de MASSELON, de TRANTAS, de CUÉNOD et NATAF, etc.) sont voués par là même à l'insuccès.

**3° Dans l'action défavorable des sutures tarso-ciliaires placées verticalement**, telles celles du procédé de PANAS-ANAGNOSTAKIS.

Ces sutures ont une *action insuffisante* : elles retournent trop la portion centrale du lambeau ciliaire et pas assez les extrémités. Il résulte de ceci qu'un serrage très énergique s'impose pour obtenir un effet suffisant, d'où la déformation en « chapeau de gendarme » du bord ciliaire, inesthétique et fréquemment responsable de récidives, car « le résultat opératoire tend à s'atténuer par la cicatrisation » (ROCHON-DUVIGNEAUD et DESCOLA).

Si le serrage n'est pas énergique, les sutures n'entraînent pas une coaptation parfaite et un parallélisme rigoureux des deux tranches de section tarsiennes et laissent une plaie béante qui cicatrise mal avec formation de bourgeons charnus et d'irrégularités qui, plus tard, seront la cause de suppurations secondaires et d'irritation de la cornée.

*L'action des sutures peut même être nocive* si les fils compriment le lambeau ciliaire envahi par l'œdème post-opératoire. Nous savons en effet que ce lambeau n'est nourri que par ses deux extrémités et la striction par les fils pourra entraîner une nécrose. L'élimination du bord ciliaire qui succède à cette nécrose est désastreuse.

Nous ajouterons même que dans l'opération de PANAS, la prise en masse dans le point de suture de la peau du lambeau ciliaire amène inévitablement une nécrose partielle du tissu qui est emprisonné dans le point et la formation ultérieure, même dans les cas à évolution la plus favorable, de petites cicatrices verticales du plus fâcheux effet esthétique. La section intéressant tous les plans, le tissu cicatriciel réalise une adhérence étroite entre la peau et le tarse. La peau perd sa mobilité normale

et suit étroitement le mouvement de bascule du segment ciliaire du tarse, faisant apparaître une angulation en « coup de hache » de la face antérieure de la paupière.

4° **Dans la nécrose fréquente du lambeau autoplastique**, dans les procédés de transplantation du sol ciliaire (VAN MILLINGEN, MAC CALLAN, et PERETZ) étendus à toute la largeur de ce dernier.

Ces procédés, laborieux et délicats, n'ont aucune action ni sur le tarse ni sur la conjonctive, ce qui limite leur indication aux seuls cas de distichiasis, ou de trichiasis partiel.

Cet ensemble de critiques avait déjà été en partie formulé par JUNÈS en 1932 dans le *Bulletin de la Société Française d'Ophthalmologie*. Il devait conduire SCHOUSBOE à pratiquer une tarsotomie basse par voie cutanée avec suture par des fils horizontaux en U placés dans l'épaisseur du tarse et sous la face conjonctivale du lambeau ciliaire préalablement retourné à 90°. Mais le lambeau ciliaire, long et étroit, vascularisé seulement par ses deux extrémités, avait tendance à se nécroser.

En 1940, TRABUT préconise une tarsotomie horizontale basse de VON AMMON, faite par voie conjonctivale en respectant la peau, associée à une fixation par points en U horizontaux.

C'est à cette technique, à quelques modifications de détail près, que devait se rallier SCHOUSBOE en 1942. Nous allons en décrire très brièvement les différents temps opératoires.

Après une canthotomie rendue souvent nécessaire par une rétraction cicatricielle importante surtout chez les vieux trachomateux, l'auteur pose quatre fils destinés à relever la paupière. Ces fils sont passés à travers la paupière. Après éversion et étalement de celle-ci sur une plaque métallique, on pratique une incision de la conjonctive et du tarse à deux ou trois millimètres au-dessus de la ligne des orifices des glandes de Meibomius.

Vient ensuite la dissection de la face antérieure du tarse qui se fera en deux temps : tout d'abord dissection du lambeau supérieur jusqu'à l'insertion du releveur et ensuite dissection du lambeau ciliaire jusqu'aux bulbes pileux.

Cette dissection terminée, on pose trois points en U de la

manière suivante : l'aiguille pique dans le tarse à quatre millimètres de la tranche de section, ressort à trois millimètres plus bas environ, puis pénètre dans le lambeau ciliaire sur sa face antérieure disséquée et ressort enfin au-dessus de la ligne des glandes de Meibomius. L'autre chef du fil, également armé d'une aiguille courbe, suit un trajet exactement semblable au précédent et séparé de lui d'environ 3 mm.

Cette disposition aura pour effet, lors du serrage des fils, de faire pivoter le fragment ciliaire de  $180^{\circ}$  et les deux portions de tarse viendront en contact par leur face musculo-cutanée (fig. 2).

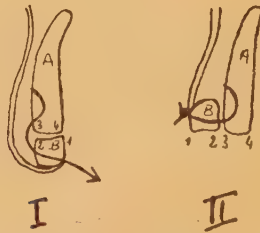


FIG. 2. — D'après Schousboe et Duguët (*Le Maroc Médical*).

I. Disposition des fils de suture dans l'opération du trichiasis par voie conjonctivale selon la technique de SCHOUSBOE et DUGUËT.

II. Après serrage des fils, rotation du lambeau ciliaire de  $180^{\circ}$ .

Notre Maître le Professeur DEJEAN a également étudié cette question et proposé une technique qui se rapproche de celle de TRABUT et de celle de SCHOUSBOE et DUGUËT, mais qui en diffère cependant par plusieurs points importants. Elle permet de conserver les avantages du procédé de PANAS et d'éviter la plupart de ses inconvénients. C'est elle que nous allons maintenant décrire.

## CHAPITRE VI

### TECHNIQUE OPÉRATOIRE

#### **Instrumentation.**

Il faut un bistouri, une plaque à paupière (SCHOUSBOE et DUGUET ont fait construire une plaque spéciale dérivant de celle de TRABUT, permettant de fixer les fils de traction et de se passer d'un aide, la plaque étant fixée sur le front de l'opéré au moyen de bandes adhésives), une paire de ciseaux droits fins, deux pinces à disséquer à mors, un crochet à chalazion, un porte aiguille et trois pinces de Kocher.

#### **Anesthésie.**

On a recours à une anesthésie locale par infiltration de la paupière avec une solution de Scurocaïne à 2 p. 100, que l'on complète par instillation conjonctivale de quelques gouttes de solution de cocaïne à 5 p. 100.

Après aseptie cutanée par badigeonnage à la teinture d'iode dédoublée, on injecte environ 2 cm<sup>3</sup> de scurocaïne dans le tissu sous-cutané palpébral. L'aiguille est enfoncée à 0,5 cm. en dehors et en dessus du canthus externe (pour la paupière inférieure, c'est 0,5 cm. en dessous) et l'injection est poussée horizontalement, de dehors en dedans, dans la paupière à mi-hauteur entre la ligne des cils et le sillon orbito-palpébral, jusqu'au canthus interne.

On peut compléter cette anesthésie par une injection de 0,5 cm<sup>3</sup> dans la région de l'angle externe lorsqu'un blépharophimosis cicatriciel nécessite une canthotomie, pour faciliter l'intervention.

### **Intervention.**

#### *Premier temps : Pose de trois fils de traction.*

Ces fils permettent d'éverser facilement la paupière, de l'étaler et de la maintenir pendant toute la durée de l'opération avec le maximum de facilité.

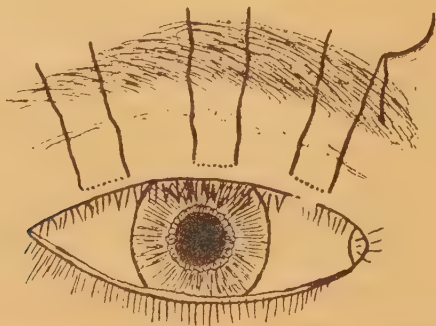


FIG. 3. — Mise en place des fils de traction sur la face antérieure de la paupière, à travers la peau du bord palpébral.

Ces fils sont passés avec une aiguille courbe qui pénètre dans la peau de la paupière à 1 millimètre environ au-dessus de la

ligne des cils et ressort après avoir cheminé parallèlement au bord palpébral sur une longueur d'environ quatre millimètres dans le tissu sous-cutané. Un des fils est placé à la partie médiane de la paupière, l'autre dans le tiers interne et le dernier dans le tiers externe (fig. 3).

Il faut utiliser du fil de soie n° 1 ou 2.

Les chefs des fils sont pris dans une pince de Kocher et maintenus par l'aide.

Une plaque à paupière est alors placée sur la face cutanée de la paupière, de façon à ce que son extrémité inférieure s'arrête au niveau du bord supérieur du tarse. Il suffit dès lors d'exercer une traction sur les fils pour faire tourner la paupière autour de l'extrémité inférieure de la plaque et la face conjonctivale du tarse se trouve ainsi largement exposée. (SCHOUSBOE et DUGUET fixent alors les fils en les enroulant séparément sur le crochet spécial que porte à cet effet la plaque qu'ils ont fait construire.

*Deuxième temps : Incision du tarse.*

Le bistouri incise en même temps la conjonctive et le tarse sous-jacent, parallèlement au bord libre, à deux millimètres de

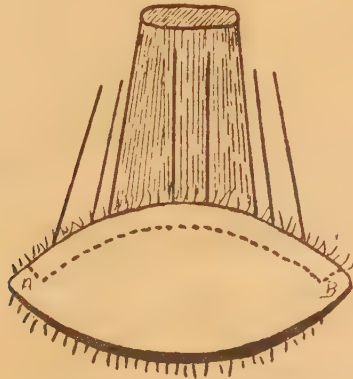


FIG. 4. — Ligne d'incision du tarse parallèlement à la ligne des cils et à 2 mm. au-dessus d'elle.

Petites incisions perpendiculaires aux deux extrémités de l'incision principale.

la ligne des orifices des glandes de Meibomius. Cette incision est menée tout le long de la portion ciliaire du bord palpébral, respectant en dedans le point lacrymal et s'arrêtant en dehors à 1 mm. environ du canthus. Elle n'intéresse ni la peau ni le tissu sous-cutané.

A chaque extrémité, on pratique, perpendiculairement à l'incision principale, une petite incision libératrice qui s'arrête au bord libre. Ces deux petites incisions longues de 2 mm. facilitent considérablement par la suite l'éversion du bord ciliaire (fig. 4).

*Troisième temps : Dissection de la portion marginale du tarse.*

Le bistouri décolle la portion ciliaire du tarse (lambeau tarsal inférieur seul), le plus près possible de sa face antérieure, et la sépare de la peau et des muscles en utilisant l'espace clivable pré-tarsal. La dissection se poursuit jusqu'à ce que les bulbes pileux deviennent visibles au fond de l'incision, offrant l'aspect d'un piqueté de petits points noirs (fig. 5).

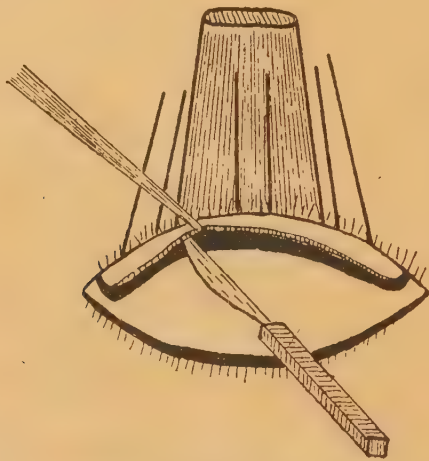


FIG. 5. — Dissection de la face superficielle du segment marginal du tarse, jusqu'à la racine des cils.

*Quatrième temps : Sutures et bascule du bord ciliaire.*

Après incision et dissection, il ne reste plus qu'à suturer le tarse après avoir fait pivoter le bord ciliaire de 90°.

Pour obtenir ce résultat, on passe avec une aiguille courbe trois points de suture horizontaux en U, avec un fil de soie

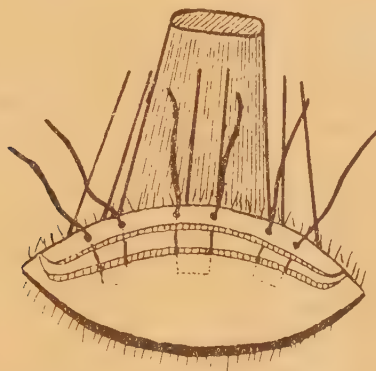


FIG. 6. — Mise en place des trois fils de suture en U.

n° 1. L'aiguille pénètre dans le tarse au milieu de la face conjonctivale (ancienne face postérieure) et ressort au milieu de la face antérieure qui vient d'être disséquée et séparée de la peau.

L'aiguille pénètre ensuite dans la partie supérieure du tarse au milieu de la tranche de section. Elle ressort à travers la conjonctive à deux ou trois millimètres plus haut ; puis elle s'enfonce à nouveau sous la conjonctive pour suivre un trajet horizontal de trois millimètres de long environ. Dès sa sortie, l'aiguille pénètre à nouveau dans le tarse et chemine vers le bas pour sortir au milieu de la tranche de section à trois millimètres du point ascendant ; elle pique le fragment inférieur du tarse au niveau de la face antérieure de la tranche de section, suivant dans cette deuxième partie de son parcours un trajet rigoureusement inverse de celui suivi pendant l'ascension (fig. 6).

Ainsi se trouve posé un fil en U à **trajet strictement intra-**

**cartilagineux**, avec une anse horizontale enfouie sous la conjonctive tarsienne et qui ne risquera donc en aucun cas de léser la cornée.

On place deux autres points en U semblables, à gauche et à droite du premier.

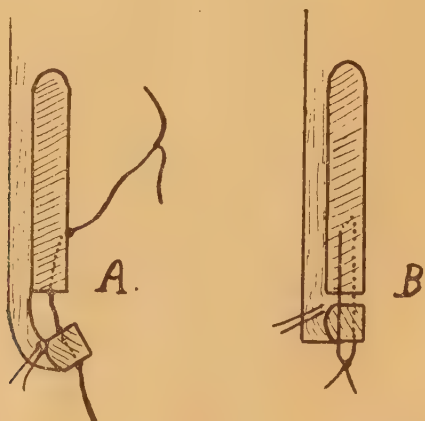


FIG. 7. — **Mouvement de bascule du tarse sous l'action des sutures.**

En A, avant les sutures, on voit le fragment marginal du tarse disséqué jusqu'à la racine des cils. On voit encore comment est passé le fil de suture (première partie de son trajet).

En B, après suture, basculé du bord ciliaire de 90°.

Les chefs de l'anse viendront se nouer en arrière de la ligne des cils et, grâce au trajet du fil, le serrage du nœud aura pour effet de faire basculer de 90° le tarse et portera ainsi en avant la ligne des cils de 90°, et la maintiendra définitivement dans cette position.

En effet, comme le lambeau inférieur a été séparé du tarse à deux millimètres du bord ciliaire, il a la forme d'une réglette à section quadrangulaire dont chaque face mesure deux millimètres de large car le bord ciliaire ainsi que la tranche de section ont aussi deux millimètres de large. En pivotant en avant de 90°, cette réglette tarsienne viendra donc s'appliquer

très exactement contre la tranche de section du lambeau supérieur, la face postérieure devenant inférieure, l'inférieure antérieure, l'antérieure devenant supérieure et la supérieure devenant postérieure (fig. 7).

Grâce à cette substitution de faces de **dimensions égales**, et à l'application exacte du lambeau dans sa **position première** après pivotement, la coaptation aura une régularité et une perfection incomparables.

Avant de nouer les fils, on relâche la traction de la paupière vers le haut et on retire la plaque à paupière. Ensuite on place un petit bourdonnet de gaze sur le bord palpébral entre les deux chefs de l'anse et c'est sur lui que l'on serre le nœud. C'est là un excellent moyen d'éviter tout plissement de la paupière et toute compression trop forte des tissus.

Les petites incisions libératrices facilitent la mobilisation du tarse ciliaire et permettent, sans serrer les fils exagérément, d'obtenir une correction aussi parfaite dans les angles qu'à la partie moyenne.

Ces petites sections limitées au tarse et à la conjonctive ne gênent en rien la nutrition du lambeau ciliaire car sa face superficielle, de laquelle il reçoit son irrigation, n'est intéressée ni par les sections ni par les sutures. Le pédicule vasculaire n'est jamais comprimé, même dans les cas où il y a un peu d'œdème post-opératoire, et par conséquent les risques de nécrose sont totalement éliminés.

Dès la fin de l'intervention, les fils de traction sont enlevés. Les chefs des points de suture ne sont pas attachés au-dessus du sourcil comme dans le Panas ; on les coupe assez court pour qu'ils ne risquent pas de s'engager dans la fente palpébrale et de venir au contact de la cornée qu'ils pourraient offenser.

Cette technique chirurgicale s'applique également, sans modifications de détails, à la correction du trichiasis de la paupière inférieure.

### Soins post-opératoires.

Les soins post-opératoires consistent à maintenir pendant quatre jours un pansement binoculaire occlusif qui garantit au mieux l'immobilité des paupières, évitant ainsi le tiraillement des sutures et favorisant la coaptation des tissus.

Les fils sont enlevés au septième jour.

Le résultat esthétique est tout de suite très satisfaisant et il n'est pas nécessaire d'attendre quelques semaines, comme on doit le faire après opération de Panas, pour voir la paupière prendre un aspect normal.

Dans l'opération par voie conjonctivale, la peau n'est pas incisée et pourra par conséquent conserver sa souplesse et sa mobilité normales ; elle ne suit pas le tarse dans le mouvement de bascule de sa portion ciliaire et elle masque l'angulation qui en résulte.

La technique opératoire n'est guère plus complexe que celle de Panas et par contre le résultat est infiniment plus satisfaisant.

Nous avons pu recueillir dans le service de notre Maître le Professeur DEJEAN une série d'observations qui démontrent parfaitement l'excellence du résultat obtenu.

---

## CHAPITRE VII

### OBSERVATIONS

#### Observation n° 1.

M. C. P., âgé de 41 ans, est hospitalisé à la Clinique Ophtalmologique le 1<sup>er</sup> juillet 1947 pour trichiasis bilatéral.

C'est un sujet d'origine espagnole, atteint de trachome depuis son enfance. Un traitement par des injections sous-conjonctivales de Soluseptazine, pratiqué antérieurement, a amené la disparition totale des lésions évolutives, mais il persiste d'importantes séquelles palpébrales. Les paupières supérieures sont épaissies et le tarse est incurvé « en tuile de toit ». La conjonctive palpébrale supérieure est farcie de cicatrices blanches, rétractiles, d'aspect étoilé. Le bord palpébral est attiré en arrière et il y a, en outre, un distichiasis très important. Les cils viennent au contact de la cornée.

Ce malade présente de plus un pannus bilatéral et un astigmatisme irrégulier réduisant l'acuité visuelle à 0,1 inaméliorable par verres correcteurs.

Le 4 juillet, on opère, par voie conjonctivale selon la technique décrite plus haut, l'œil gauche, et le 11 juillet, on intervient sur l'œil droit.

Le résultat, tant fonctionnel qu'esthétique est excellent. La photographie ci-contre (fig. 8) est à cet égard particulièrement démonstrative. Elle a été prise le 11 juillet, immédiatement avant l'opération de l'œil droit et une semaine à peine après



FIG. 8

celle de l'œil gauche. Le trichiasis et l'entropion étaient initialement aussi importants aux deux yeux et l'on peut se rendre compte de la correction obtenue. On constate également l'excellent résultat esthétique et la précocité de ce résultat, puisque les fils de suture n'avaient été enlevés que la veille.

### Observation n° 2.

Mme M., épouse E. Maria, âgée de 51 ans, entre à la Clinique Ophtalmologique le 7 juillet 1947.

C'est également une ancienne trachomateuse dont le début de l'affection remonte à une trentaine d'années environ. A l'œil droit, cette malade présente un entropion avec trichiasis de la paupière supérieure. Le tarse est épaissi et incurvé, la conjonctive est rétractée. On note, en outre, la présence d'un pannus très important avec leucome cornéen central réduisant l'acuité visuelle à la simple perception lumineuse. Le trichiasis déter-

mine des phénomènes irritatifs douloureux intenses s'accompagnant de photophobie et de larmoiement.

A l'œil gauche, les lésions sont plus discrètes : l'acuité visuelle est de 0,1 inaméliorable à cause d'un astigmatisme irrégulier provoqué par un pannus assez important. Incurvation très légère du tarse et trichiasis limité à deux cils.

Le 11 juillet 1947, on intervient sur l'œil droit par la technique déjà décrite, et on enlève par électrolyse les deux cils gauches mal implantés.

Le résultat tant fonctionnel qu'esthétique est excellent.

### Observation n° 3.

M. C. Thomas, qui est âgé de 26 ans, est traité pour trachome bilatéral depuis 1937. Il présente à son entrée à la clinique, le 26 janvier 1948, un très important trichiasis de la paupière supérieure droite avec grosse déformation du tarse. On note en outre à l'œil droit un léger pannus avec astigmatisme irrégulier limitant l'acuité visuelle à 0,4.

A gauche, le tarse est peu déformé et le trichiasis, dû surtout à un bouleversement de l'implantation des cils, n'intéresse que la partie médiane de la paupière supérieure. Un gros astigmatisme réduit à 0,1 l'acuité visuelle.

Le 28 janvier 1948, l'œil droit est opéré par la technique ci-dessus, tandis qu'à gauche, on se borne à faire une margino-plastie en anse de panier, limitée à la partie moyenne du bord ciliaire.

Le résultat esthétique fut des meilleurs. Quant au résultat fonctionnel, les troubles douloureux accusés par le malade cessèrent absolument.

### Observation n° 4.

M. R. Louis, âgé de 40 ans, présente des séquelles de trachome très importantes.

Les tarses des paupières supérieures sont incurvés et le bord ciliaire est déformé ; le trichiasis très important a déterminé

de très nombreux petits leucomes paracentraux, qui, venant s'ajouter à un léger pannus, réduisent l'acuité visuelle à 0,4 à droite et à 0,3 à gauche.

Il s'agit par ailleurs d'un malade ayant présenté une syphilis nerveuse.

Le 30 janvier 1948, l'œil droit est opéré par voie conjonctivale; le trichiasis de l'œil gauche est opéré par la même méthode le 16 février.

Là encore, le résultat, tant fonctionnel qu'esthétique, fut excellent.

### Observation n° 5.

Mme B.-C. Louise, âgée de 46 ans, vient au service le 11 mai 1948 pour trichiasis bilatéral intéressant les paupières supérieures et inférieures.

C'est au mois de mai 1947 environ que remonte le début de cette affection qui se manifeste simultanément à l'œil droit et à l'œil gauche. L'origine est difficile à préciser, cette malade n'ayant jamais eu d'affection oculaire. Les antécédents généraux ne comportent rien de particulier.

Au début de son affection, la malade elle-même arrache à l'aide d'une pince les cils gênants. Mais ceux-ci repoussent encore plus durs et offensants pour la cornée.

A l'arrivée de la malade au service, on constate :

A l'œil droit, sur la paupière supérieure, de nombreux petits cils, courts et rudes, implantés tout le long du bord ciliaire, sont déviés en dedans et viennent frotter contre la cornée. La paupière elle-même n'est pas épaissie, et on ne voit au niveau de la conjonctive aucune séquelle de trachome. A la paupière inférieure, les cils fortement déviés en dedans, frottent aussi contre le globe.

Les phénomènes douloureux sont très intenses et le larmoiement important. On constate une forte inflammation de toute la conjonctive.

La cornée présente, notamment dans sa partie inférieure entre V et VII heures, des opacités superficielles envahies par des vaisseaux à direction ascendante, provenant du limbe.

A l'œil gauche, sur la paupière supérieure, les cils déviés sont moins nombreux ; à la paupière inférieure, mêmes phénomènes qu'à l'œil droit : les cils sont retournés dans le cul-de-sac inférieur. Les phénomènes inflammatoires et douloureux sont moins accusés qu'à l'œil opposé.



FIG. 9

Le 12 mai 1948, on intervient sur l'œil droit. Le trichiasis des paupières inférieure et supérieure est corrigé au cours de la même séance opératoire par la méthode que nous avons décrite.

Les suites opératoires ne furent marquées par aucun incident. La photographie que nous reproduisons et qui fut prise au lendemain de l'ablation des fils — le 18 mai — suffit à mettre en évidence l'excellence du résultat esthétique obtenu (fig. 9).

---



## CHAPITRE VIII

### LES AVANTAGES DE L'OPÉRATION DU TRICHIASIS PAR VOIE CONJONCTIVALE

Ces avantages ressortent très nettement des documents cliniques que nous venons de relater. Les suites opératoires sont des plus simples, la nutrition du lambeau ciliaire reste parfaite : il n'y a ni nécrose, ni gros œdème post-opératoire. La cicatrice est invisible et la paupière reprend très rapidement un aspect normal. Le résultat fonctionnel ne le cède en rien au résultat esthétique. En effet, grâce aux petites incisions libératrices que l'on pratique perpendiculairement aux extrémités de l'incision principale du tarse, le lambeau ciliaire est mobilisé très facilement dans toute son étendue. Ses quatre côtés ayant la même dimension, la rotation en avant de 90° autour d'un axe horizontal les substitue l'un à l'autre sans aucune déformation, et les sutures tarso-tarsiennes les fixent en position correcte définitive. Il en résulte une correction uniforme, aussi parfaite dans les régions angulaires qu'au centre même de la paupière.

Cette technique de notre Maître le Professeur DEJEAN diffère, ainsi que nous l'avons déjà dit, sur plusieurs points, de celle de SCHOUSBOE et DUGUET. Elle présente sur elle de très grands avantages que nous allons maintenant mettre en relief.

Tout d'abord, dans l'opération préconisée par SCHOUSBOE et DUGUET, les fils de traction sont passés à travers la paupière et non en anse sous la peau. Cette disposition nous paraît susceptible de traumatiser, lors des efforts de traction, le bord palpébral, ce qui est nuisible pour sa vitalité ultérieure.

L'incision tarsienne n'est pas complétée par les incisions libératrices dont nous avons déjà montré l'intérêt primordial. De plus, si la dissection du lambeau ciliaire est menée de la même façon, elle est, par contre, complétée par une dissection de toute la face antérieure du segment supérieur du tarse, car la façon de suture le tarse est très différente.

Après section des fils de traction et ablation de la plaque à paupière, le serrage des fils provoque la rotation de  $180^{\circ}$  du lambeau ciliaire qui se place sur la face antérieure du fragment supérieur du tarse, comme l'indiquait la figure n° 2, p. 28.

Ce mode de suture entraînera un raccourcissement de la paupière d'au moins trois millimètres et provoquera de plus inévitablement une angulation à  $90^{\circ}$  et un épaissement du bord palpébral dont le résultat esthétique devra se ressentir fortement.

Bien au contraire, dans le procédé que nous avons décrit, il ne peut exister, en aucun cas, ni angulation ni épaissement du bord palpébral, puisque les faces du lambeau ciliaire qui se substituent les unes aux autres sont de même dimension et que d'autre part ce lambeau ciliaire, une fois sa rotation effectuée, reste dans le prolongement de la partie supérieure du tarse.

---

## CONCLUSIONS

L'opération du trichiasis par voie conjonctivale ne présente guère plus de difficultés techniques que l'opération classique de Panas ; mais elle a par contre d'énormes avantages esthétiques.

Ses indications sont les mêmes : trichiasis étendu à tout le sol ciliaire avec déformation du tarse.

Le trichiasis localisé à une petite portion du tarse, sans déformation tarsienne, demeure justiciable des opérations autoplastiques : marginoplastie à lambeau cutané externe ou interne ou en anse de panier selon le siège de la lésion.

Lorsqu'il ne s'agit que d'un vice d'implantation limité à quelques cils, l'ablation par électrolyse conserve ses droits, mais dès qu'il s'agit d'une lésion importante, l'opération du trichiasis par voie conjonctivale est l'opération de choix.

La technique proposée consiste :

1<sup>o</sup> à retourner la paupière supérieure sur une plaque métallique et à la maintenir éversée à l'aide de trois fils ;

2<sup>o</sup> à inciser conjonctive et tarse parallèlement au bord ciliaire et à **deux millimètres seulement** de ce bord ;

3<sup>o</sup> à libérer latéralement le lambeau tarso-conjonctival ainsi limité par **deux incisions verticales latérales** ;

4<sup>o</sup> à faire pivoter ce lambeau ainsi libéré de 90° vers l'avant ;

5° à l'immobiliser dans cette nouvelle position par trois sutures en U entièrement intra-tarsiennes, nouées sur un petit rouleau de gaze ou de caoutchouc sur le nouveau bord palpébral.

Par les résultats fonctionnels et esthétiques excellents que cette méthode permet d'obtenir, elle nous paraît constituer un gros progrès dans le traitement de cette grave complication du trachome.

---

## BIBLIOGRAPHIE

- ABOU EL SEoud. — Une nouvelle opération du trichiasis. (*Bull. of the ophthalmological soc. of Egypt.*, 1937, pp. 97-98.)
- ALEXIADES. — La tarsectomie par voie cutanée contre l'entropion de la paupière supérieure. (*Archives d'Ophthalmol.*, n° 6, juin 1925, p. 365.)
- BRUYAS (G.). — De l'entropion trachomateux et de son traitement chirurgical. (*Thèse Alger*, 1942.)
- CANGE. — Réflexions sur le traitement de l'entropion granuleux de la paupière supérieure. (*Archives d'Ophtal.*, n° 9, sept. 1924, p. 513.)
- CUÉNOD et NATAF. — Le Trachome, in *Traité d'Ophthalmol.*, tome IV, pp. 511 et suivantes. (Masson et Cie, édit., Paris, 1939.)
- DEJEAN (Ch.). — Quelques modifications techniques de l'opération de Panas contre le trichiasis et l'entropion. (*Archives d'Ophthalmologie*, 1948.)
- GOKBURN (C.). — Procédé opératoire de l'entropion trachomateux. (*Brit. Journ. of Ophthalmol.* 27, 7 juillet 1943, pp. 308-310.)
- DUVERGER (G.) et VELTER (E.). — Opération du trichiasis, in *Traité d'Opht.*, tome VII, pp. 464 et suivantes. (Masson et Cie, édit., Paris, 1939.)
- DUVERGER et VELTER. — Thérapeutique chirurgicale et ophtalmologique. (Paris 1926, Masson, édit., pp. 68 et suivantes.)
- DAVID. — L'opération radicale du trichiasis de la paupière supérieure. (*Archives d'Ophtal.*, n° 12, déc. 1923, p. 737.)

- JUNES. — L'opération de choix dans l'entropion trachomateux de la paupière supérieure. (*Bull. Soc. Française d'Ophthal.*, mai 1932, p. 70.)
- KENNETH SCOTT. — *The Ophthalmic Review*, sept. 1895.
- NIZETIC (Z.). — La torsion du tarse comme procédé opératoire dans la lutte contre l'entropion trachomateux. (*Klin. Monat. fur Auge*, déc. 1940, p. 641.)
- TAMBO. — Le traitement chirurgical du trachome. (*Am. Journ. Ophth.*, mars 1938, p. 277.)
- RAOULX. — Opération du trichiasis au Maroc. (*Archives d'Ophth.*, n° 3, mars 1920, p. 176.)
- ROCHON-DUVIGNEAUD et DESCOLA. — Opération du trichiasis. In *Ophthalm. en clientèle*. (Maloine, édit., Paris.)
- ROSTROWSKI. — Les opérations de Hotz-Anagnostakis, de Denig et la canthoplastie d'après les travaux de la Colonne Instructive anti-trachomateuse. (*Archives d'Ophth.*, tome 6, n° 4, pp. 456-459, 1946.)
- ROUVIÈRE (H.). — *Anatomie humaine*, tome I, pp. 321 et suivantes. (Masson, édit., Paris, 1932.)
- SAVIN (L.H.). — Tarsectomie pour trachome. (*Congrès annuel Ophth. S.U.K.* 1940.)
- SCHOUSBOE (F.). — Traitement chirurgical du trichiasis trachomateux. (*Ann. d'Oc.*, juillet 1924, p. 512.)
- SCHOUSBOE (F.) et DUGUET (J.). — Opération de l'entropion-trichiasis trachomateux par voie conjonctivale. (*Maroc Médical*, 223, mars 1942, p. 94.)
- SHIMKIN. — Tarsectomie et greffe de tarse dans les trichiasis. (*Klin. Mon. fur Aug.* 82, 1929, p. 631.)
- TRABUT (G.). — De l'entropion-trichiasis trachomateux et de son traitement. (*Bull. sanitaire de l'Algérie*, n° 516, nov. 1940, pp. 795-812.)
- TRANTAS. — Opération contre l'entropion de la paupière supérieure. (*Bull. S. F. Ophth.*, 10 mai 1921.)
- TRUC (H.) et VILLARD (H.). — Traitement de l'entropion et du trichiasis granuleux de la paupière supérieure par la tarsomarginoplastie à lambeaux pédiculés. Résultats éloignés. (*Annales d'Oculistique*, octobre 1896, t. CXVI, pp. 262 et suivantes ; nov. 1896, t. CXVI, pp. 336 et suiv. ; déc. 1896, t. CXVI, pp. 222 et suiv.)
- WINCKLER (G.). — Paupières : Anatomie, in *Traité d'Ophthalmologie*, t. I, pp. 254 et suiv. (Masson, édit., Paris, 1939.)

## TABLE DES MATIÈRES

|                    |   |
|--------------------|---|
| Introduction ..... | 7 |
|--------------------|---|

### CHAPITRE PREMIER

|                  |   |
|------------------|---|
| Historique ..... | 9 |
|------------------|---|

### CHAPITRE II

|                                                                                                              |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Les modifications de la structure anatomique de la paupière et du bord ciliaire au cours du trichiasis ..... | 13 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|

### CHAPITRE III

|                                                                                |    |
|--------------------------------------------------------------------------------|----|
| L'opération classique du trichiasis. — L'opération de Panas-Anagnostakis ..... | 17 |
|--------------------------------------------------------------------------------|----|

### CHAPITRE IV

|                                                                                                |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Les diverses techniques classiques pour l'opération du trichiasis par voie conjonctivale ..... | 21 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|----|

### CHAPITRE V

|                                                            |    |
|------------------------------------------------------------|----|
| Les inconvénients des opérations classiques du trichiasis. | 25 |
|------------------------------------------------------------|----|

## CHAPITRE VI

|                            |    |
|----------------------------|----|
| Technique opératoire ..... | 29 |
|----------------------------|----|

## CHAPITRE VII

|                    |    |
|--------------------|----|
| Observations ..... | 37 |
|--------------------|----|

## CHAPITRE VIII

|                                                                         |    |
|-------------------------------------------------------------------------|----|
| Les avantages de l'opération du trichiasis par voie conjonctivale ..... | 43 |
|-------------------------------------------------------------------------|----|

## CHAPITRE IX

|                   |    |
|-------------------|----|
| Conclusions ..... | 45 |
|-------------------|----|

|                     |    |
|---------------------|----|
| Bibliographie ..... | 47 |
|---------------------|----|

---

## SERMENT

*En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je reste fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !*

---

En ma qualité de Censeur de  
tour, j'ai lu la Thèse ayant pour  
titre :

*L'opération du trichiasis par voie  
conjonctivale.*

par

Robert PINEAU

Je pense que la Faculté peut  
en permettre l'impression.

Montpellier, le 7 juin 1948.

*Le Président de la thèse :*

Ch. DEJEAN.

Vu :

Montpellier, le 7 juin 1948

*le Doyen :*

G. GIRAUD.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Montpellier, le 8 juin 1948.

*le Recteur :*

GUILLON.

---

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



